



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario



D. Guadarrama-Ortega*, P. Delgado-Sánchez, M. Martínez-Piedrola,
E.M. López-Poves, M. Acevedo-García, C. Noguera-Quijada y J.L. Camacho-Pastor

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

Recibido el 28 de junio de 2016; aceptado el 15 de febrero de 2017
Disponible en Internet el 5 de abril de 2017

PALABRAS CLAVE

Procesos de enfermería;
Atención de enfermería;
Planificación de atención al paciente;
Informática aplicada a la enfermería;
Registros electrónicos de salud

Resumen

Objetivo: Describir el proceso de implantación del Plan de Cuidados Individualizado Enfermero en la Historia Clínica Electrónica y su impacto en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
Metodología: Grupos de trabajo de enfermeras asistenciales que analizaron inicialmente las actividades enfermeras que realizaban habitualmente para crear el catálogo de diagnósticos, resultados e intervenciones. Se creó un grupo de referentes que depuró el catálogo para hacerlo manejable. Se diseñaron un plan de formación, los formularios de valoración enfermera y el Informe de Cuidados Enfermeros al alta.

Resultados: En febrero de 2016 se implementó la nueva metodología en las unidades de hospitalización de adultos. Al 74,86-88,18% de los pacientes se les realizó un plan de cuidados con la nueva metodología. Entre un 69,41 y un 76,25% de los pacientes son dados de alta con un Informe de Cuidados Enfermeros conforme a la normativa. Se observó un aumento del 24,13% de los pacientes con Informe de Cuidados Enfermeros tras la implantación ($p=0,000$; RR 1,46; IC 95% 1,36-1,56). Se ha formado a un total de 116 enfermeras.

Conclusiones: En las condiciones del estudio, la utilización de taxonomías enfermeras ha generado capacidad de reflexión y ha permitido emitir juicios enfermeros, aportar calidad de cuidados y aplicar intervenciones con unos resultados planificados. La taxonomía enfermera y el plan de cuidados en la historia clínica electrónica han permitido aumentar la comunicación interprofesional para mejorar la continuidad asistencial, a través de la mejora del Informe de Cuidados Enfermeros.

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dguadarrama@fhalcorcon.es (D. Guadarrama-Ortega).

KEYWORDS

Nursing processes;
Nursing care;
Patient care
planning;
Nursing informatics;
Electronic health
records

Integration of the nursing process in the electronic health record in an university hospital**Abstract**

Aim: To describe the process of implementation of Individualized Care Plan in the Electronic Health Record and its impact on the University Hospital Alcorcón Foundation.

Methodology: Working groups of staff nurses who analyzed activities usually performed to create a catalog of diagnoses, outcomes and interventions. A group of referents that refined the catalog to make it manageable was created. A training plan, nursing assessment forms and the Nursing Discharge Report were designed.

Results: In February 2016 the new methodology was implemented in inpatient units of adults. Between 74.86 and 88.18% of the patients underwent a care plan with the new methodology. Between 69.41 and 76.25% of patients are discharged with a Nursing Discharge Report accordance with regulations. An increase of 24.1% of patients with Nursing Discharge Report after implantation is observed ($P = .000$; RR: 1.46; 95% CI 1.36-1.56). A total of 116 nurses has been trained.

Conclusions: In the study conditions, the use of nursing taxonomies has generated thinking skills and allowed nurses to issue judgments, ensure quality of care, and implementing interventions with a planned results. The nursing taxonomy and care plan in the Electronic Health Record have increased interprofessional communication to improve continuity of care through improved Nursing Discharge Report.

© 2017 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La Ciencia de Enfermería se basa en un amplio marco teórico; su arte radica en las habilidades del cuidado y las capacidades de cada enfermera¹. El proceso enfermero describe cómo las enfermeras organizan el cuidado de personas, familias, grupos y comunidades. Este proceso ha sido ampliamente aceptado por las enfermeras desde 1967². Hoy en día, se define como un proceso continuo de 5 partes: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación³⁻⁵. Dichas etapas son sucesivas y están relacionadas entre sí de manera directa, una con la otra. Su ejecución permite la humanización e integralidad de los cuidados, ya que tiene en cuenta los intereses y las necesidades que el usuario manifiesta, así como los de sus familiares o personas involucradas en su cuidado⁶.

La primera referencia conocida a los diagnósticos de enfermería data del año 1953 y fue realizada por la enfermera Vera S. Fry⁷, la cual afirmaba que «una vez las necesidades del paciente son identificadas, pasamos al siguiente apartado: formular un diagnóstico enfermero». En los años 60, autoras como Abdellah y Levine apuntaban la necesidad de un lenguaje específico para describir la práctica enfermera⁸. Posteriormente, la creación de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)⁹ y sus diagnósticos de enfermería, junto con la *National Occupational Classification* (NOC, «Clasificación de Resultados de Enfermería»)¹⁰ y la *Nursing Interventions Classification* (NIC, «Clasificación de Intervenciones de Enfermería»)¹¹, han dotado a los enfermeros de herramientas para desarrollar su práctica profesional. Su incorporación a la mayoría de los libros de texto de Enfermería y el progresivo aumento de investigaciones publicadas evidencian que las

enfermeras están encontrando el diagnóstico de enfermería útil en su razonamiento y juicio clínico. La implementación de los diagnósticos de enfermería es importante por esta razón y por motivos profesionales, legales y éticos¹².

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en su artículo 15 el contenido mínimo de la historia clínica de cada paciente¹³. Las comunidades autónomas, en el ejercicio de sus competencias en materia de gestión de la atención sanitaria, han implantado sucesivamente diferentes modelos y soluciones de historia clínica o historia de salud para el uso interno de sus respectivos centros y servicios que, en los últimos años, han sustituido el soporte tradicional en papel por el digital o electrónico. En el año 2010, atendiendo la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas vigentes en cada comunidad autónoma, y con el consenso de profesionales sanitarios de distintas áreas de conocimiento, entró en vigor el Real Decreto 1093/2010, por el que se aprobaba el Conjunto Mínimo Básico de Datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Entre los documentos clínicos está el Informe de Cuidados de Enfermería (ICE), cuyo contenido está conformado por distintas variables definidas en el anexo VII del Real Decreto. Dentro de las variables definidas de presencia obligada en cualquier modelo de ICE, están los diagnósticos de enfermería de la NANDA, resueltos durante el ingreso hospitalario, los diagnósticos de enfermería NANDA activos al alta, junto con los resultados de enfermería de la NOC y las intervenciones de enfermería de la NIC¹⁴.

Por tanto, se hace necesario adaptar todo el proceso metodológico de cuidados de enfermería a la nueva

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5123199>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5123199>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)